FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1919

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Louis ESCUDIÉ
Interne des Hôpitaux de Paris.

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

DE

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL
L. MARETHEUX, Directeur
1, RUE CASSETTE, 1

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen	M. ROGER.
Assesseur	M. POUCHET.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie topographique	N...
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N...
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD.
Bactériologie	BEZANÇON.
Pathologie interne	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	N...
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	WIDAL GILBERT. CHAUFFARD. N...
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE.
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET. QUÉNU. LEJARS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNES. N...
Clinique gynécologique	AUGUSTE BROCA.
Clinique chirurgicale infantile	ALBERT ROBIN.
Clinique thérapeutique	MARFAN.
Hygiène et clinique de la 1re enfance	TEISSIER.
Clinique des maladies infantiles	

Agrégés en exercice :

MM. ALGLAVE	MM. GUILLAIN	MM. LÉRI	MM. RICHAUD
BERNARD	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET (A.)	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SICART
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TANON
CHAMPY	LECÈNE	NOBÉCOURT	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OKINCZYC	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	OMBREDANNE	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RETTERER	
GUÉNIOT		RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

AUX MIENS

A Monsieur le Docteur CH. WALTHER

A Monsieur le Docteur ARROU

A Monsieur le Docteur ENRIQUEZ

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur LION.

EXTERNAT

Monsieur le Docteur MORESTIN (*in memoriam*).
Monsieur le Docteur LENORMAND.
Monsieur le Docteur ENRIQUEZ.
Monsieur le Docteur MARCEL LABBÉ.
Monsieur le Docteur BOULLOCHE.
Monsieur le Docteur SEBILEAU.

INTERNAT

Monsieur le Docteur CHAPUT (*in memoriam*).
Monsieur le Docteur CH. WALTHER.
Monsieur le Docteur BAUMGARTNER.
Monsieur le Docteur ARROU.
Monsieur le Docteur FREDET.
Monsieur le Docteur ALGLAVE.
Monsieur le Docteur BAZY.
Monsieur le Docteur MARION.

A MES MAITRES

Monsieur le Docteur PAUL DESCOMPS.
Monsieur le Docteur PIERRE DESCOMPS.
Monsieur le Docteur LEMAITRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HARTMANN

INTRODUCTION

Parler de l'hystérectomie totale n'est pas aborder un sujet nouveau. Il a rempli maintes fois à la fin du siècle dernier, et au début de celui-ci, les colonnes des *Bulletins de la Société de chirurgie*, et de ces discussions l'hystérectomie totale est loin d'être sortie victorieuse.

Aussi peu de chirurgiens pratiquent-ils cette intervention de façon habituelle ! Qu'on ouvre les livres les plus récents, les mieux documentés, la place qui lui est faite est bien restreinte si on la compare aux nombreuses figures, aux longues descriptions exposant les procédés les plus divers de l'hystérectomie subtotale. On s'en tient le plus souvent à une brève description du procédé de Doyen. On décrit parfois rapidement l'hémisection et le procédé américain. On oublie presque toujours le procédé de Richelot.

Et il faut avouer que ce court exposé est justifié par la lecture édifiante des statistiques qui l'accompagnent. L'hystérectomie totale, classée comme inutile et dangereuse, est condamnée sans recours, et se voit attribuer le cancer comme seule indication.

Devant cette opinion quasi unanime, beaucoup trouveront au moins inutile de revenir sur cette question. Comme si tout n'avait pas été dit à ce sujet ! Et cependant ?

Il est entendu que les méthodes valent en dernier ressort par les résultats. C'est en leur nom qu'en définitive l'hystérectomie totale a été rejetée. Ces statistiques qui ont été à la base de la discussion et doivent y rester, elles étaient vraies, il y a vingt ans. Mais le sont-elles aujourd'hui ? N'y a-t-il pas eu depuis lors de sérieux perfectionnement dans la technique, notamment dans

l'hémostase et la péritonisation? N'y a-t-il pas eu cet immense progrès de la teinture d'iode appliquée à la désinfection de la peau et des muqueuses, de la muqueuse vaginale en particulier? De ces progrès, sans nul doute les techniques de la supravaginale ont bénéficié. Quelle a été leur influence sur les résultats de l'hystérectomie totale ?

Un certain recul est nécessaire pour apprécier les faits. Or, voici dix ans que nous voyons notre Maître, M. le docteur Ch. Walther, exécuter systématiquement l'ablation totale de l'utérus tant pour les fibromes que pour les annexites. Ses élèves, son ancien assistant, M. le docteur Baumgartner, suivent sa technique. Avec des méthodes plus ou moins diverses, d'autres chirurgiens, et non des moindres, sont restés fidèles à l'hystérectomie totale ou sont venus à elle séduits par les facilités qu'elle présente pour le drainage.

C'est donc qu'elle offre tout de même certains avantages !

Pour apporter notre contribution à l'étude de cette question si controversée, nous exposerons des faits, tirés seulement de la pratique de notre Maître, et de l'étude des observations recueillies dans son service depuis le début de l'année 1909 jusqu'à la fin de l'année 1918 (observations au nombre de 496, dont 34 personnelles).

Nous décrirons d'abord la technique suivie par M. Walther, en insistant sur ses points particuliers. Dans un second chapitre nous exposerons la statistique avec les résultats.

Avant d'entreprendre cet exposé, c'est un devoir pour nous de témoigner à notre Maître l'expression de notre respectueuse et profonde gratitude. Nous avons pratiqué dans son service un grand nombre d'hystérectomies. La confiance qu'il nous a accordée, nous a permis de nous rendre mieux compte pratiquement de la valeur de sa méthode.

TECHNIQUE ET RÉSULTATS

DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE

La technique que nous allons décrire dérive du procédé exposé par Richelot en 1897 (L'hystérectomie abdominale totale contre les fibromes utérins, *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, mars 1897). Il comporte essentiellement l'attaque du vagin par le cul-de-sac antérieur, et sa désinsertion au ras du col [1].

Reprenant ce procédé, et réglant ses divers temps de façon méthodique, spécialement en ce qui concerne l'hémostase, M. Walther l'a généralisé, en l'appliquant systématiquement tant aux fibromes qu'aux annexites, en l'employant dans tous les cas, qu'ils nécessitent ou non le drainage.

Nous étudierons successivement la technique et les résultats :

1° De l'hystérectomie totale fermée, sans drainage ;

2° De l'hystérectomie totale avec drainage.

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE SANS DRAINAGE

Si on trouve partout, plus ou moins écourtée, la description de l'hystérectomie totale avec drainage, si quelques articles plus ou moins récents sont venus plaider sa cause, l'hystérectomie totale fermée est par contre laissée dans l'ombre ; et à notre connaissance, il n'existe pas sur cette question de travail d'ensemble, du moins récent.

C'est donc l'hystérectomie totale fermée que nous décrirons

1. L'ouverture du cul-de-sac vaginal antérieur se retrouve également dans les vieux procédés de Freund, Jonnesco.

d'abord. Mais nous insisterons seulement sur ce qui, dans la préparation de la malade et dans les temps opératoires, est particulier à l'hystérectomie totale et au procédé qui nous occupe [1].

Préparation de la malade.

Il est utile de désinfecter le vagin durant les jours qui précèdent l'opération. Mais ce qui est capital, c'est la stérilisation de la muqueuse vaginale au moment de l'intervention.

Remplaçant le brossage au savon et les grands lavages d'une efficacité assez douteuse au point de vue de l'asepsie, le *iodage du vagin* pratiqué par M. Walther depuis 1909 donne une sécurité complète.

Il faut le faire avec soin, en y mettant tout le temps voulu. Le temps qu'on y perdra est du reste minime, cette manœuvre étant faite au début de l'anesthésie.

On prend un tampon, monté sur une pince longue et largement imbibé. On commence par badigeonner la vulve, les plis génito-inguinaux et la face antéro-interne des cuisses. Précaution utile, si on emploie la valve de Doyen pour ne pas salir ses mains quand on met le support en place.

On badigeonne ensuite le vagin d'avant en arrière et circulairement jusqu'au moment où l'on atteint le col. On en fait tout le tour en déplissant les culs-de-sac et on laisse quelques secondes le tampon sur le col pour qu'il ait le temps de bien l'imbiber.

Si on dispose d'un personnel exercé, cette manœuvre peut être exécutée par la panseuse. Nous le répéterons, ce temps est capital. Mieux vaudrait que le chirurgien s'en charge lui-même toujours.

On introduit ensuite dans le vagin une pince longue destinée à y séjourner durant l'intervention. Puis, le champ opératoire est largement badigeonné de teinture d'iode.

La teinture employée est celle du Codex, non dédoublée, dont l'action antiseptique est beaucoup plus énergique. Mais pour éviter les brûlures, ou l'intoxication, on a soin d'enlever l'excès d'iode à l'alcool dès que s'est faite l'évaporation, c'est-à-dire

1. Nous avons ajouté à notre texte un certain nombre de figures inédites, dues au talent si obligeant de Mlle Hoffbauer. Elles représentent les temps spéciaux de l'hystérectomie totale. Pour plus de clarté, nous avons choisi comme type, un petit utérus avec salpingo-ovarite scléro-kystique.

quand, succédant à la couleur bistrée de la peau, apparaît l'aspect mine de plomb (1).

Le choix de l'anesthésique.

Ceci ne rentre guère dans le cadre de notre sujet. Pourtant nous voulons signaler que toutes les hystérectomies totales de service ont été pratiquées au *Schleich* (mélange d'éther, de chloroforme et de chlorure d'éthyle dans la proportion respective de 60, 20 et 10 grammes), administré soit à l'aide des appareils spéciaux, soit plus simplement à l'aide d'un masque ou à la compresse.

Une demi-heure avant l'intervention, la malade reçoit une injection de 1/2 centigramme de morphine et 1/4 de milligramme de scopolamine. On lui met un bandeau sur les yeux, du coton dans les oreilles. On fait le silence autour d'elle. La malade s'assoupit. Dans ces conditions le début de l'anesthésie est très doux, sans période d'excitation.

Pendant la durée de la narcose, le visage garde une coloration rosée aussi éloignée de la teinte congestionnée des malades endormies à l'éther, que de la pâleur provoquée par le chloroforme.

Position de la malade.

La position inclinée a d'autant plus d'importance qu'on travaillera davantage au fond du petit bassin. Il importe donc d'exposer ce dernier en basculant la table au maximum, c'est-à-dire en mettant la malade en Trendelenburg à 55° et non pas à 40° ou 45°, comme on se contente souvent de le faire.

Position du chirurgien.

Certains se mettent à gauche, d'autres préfèrent le côté droit. M. Walther se place à droite. En réalité l'une et l'autre de ces positions se défendent à des points de vue divers.

1. Walther et Touraine : *Société de Chirurgie*, 1909.

Si l'on est placé à gauche, le décollement des annexes est certainement plus facile. Cela est indifférent pour la désinsertion du vagin. Il en va autrement pour les ligatures profondes et la péritonisation.

Si l'on est à gauche, il faut passer les fils de bas en haut, et ceci demandera le plus souvent, étant donnée la profondeur à laquelle on travaille, une aiguille de Reverdin à courbure très accentuée, ou mieux encore une aiguille à pédale. Si l'on est à droite, cet inconvénient disparaît, et il est certainement plus aisé de passer les fils de haut en bas. En résumé, se placer à droite simplifie, puisque dans ce cas l'outillage est diminué d'un instrument.

Outillage.

Il est aussi simple que pour la subtotale. Un écarteur abdominal du modèle que l'on préfère, un bistouri, de bons ciseaux droits, une pince de Museux, une pince à traction utérine et un tire-bouchon, une aiguille de Reverdin, des pinces de Kocher. On peut saisir les utérines avec des Kocher, toutefois deux pinces de Richelot, ou deux pinces de Segond ou de J.-L. Faure sont plus commodes, parce qu'elles permettent une meilleure prise des pédicules utérins.

Choix de l'incision.

L'incision transversale est-elle recommandable dans l'hystérectomie totale? Elle est en tout cas possible et M. Walther l'a employée avec succès chez de jeunes femmes dans des cas d'annexites bien refroidies ou de petits fibromes. Mais le jour moindre qu'elle procure rend l'intervention plus difficile. La réfection de la paroi est plus longue et plus délicate. L'hémostase doit être plus soignée. La moindre faute expose à des suppurations désastreuses. Bref, dans la pratique, elle n'est pas à recommander, et il faut s'en tenir à l'incision médiane habituelle.

Nous arrivons à la description des temps opératoires.

Temps opératoires.

Le 1er temps : *Ouverture de la paroi.*

Le 2e temps : *Préhension du fond de l'utérus* par la pince à traction ou le tire-bouchon (suivant qu'il s'agit d'annexite ou de fibrome).

Refoulement et protection des anses intestinales (qu'on pratiquera avec de grandes compresses imbibées de sérum chaud, qui seront ainsi moins traumatisantes) ; *protection de la paroi.*

Le 3e temps : *Dégagement des annexes* (toujours effectué de bas en haut), *leur libération et la section des ligaments ronds* sont des temps communs à l'hystérectomie totale aussi bien qu'à la subtotale et nous ne ferons que les mentionner.

C'est au temps suivant que commence seulement la différenciation entre les deux techniques.

4e temps : Décollement du péritoine et de la vessie.

Après avoir sectionné les ligaments ronds, les ciseaux décollent le péritoine antérieur, et le coupent transversalement d'un ligament rond à l'autre. La ligne de section doit porter sur la limite de l'adhérence du péritoine antérieur au corps utérin. Celle-ci est marquée par un léger repli de la séreuse, par un liséré blanchâtre, qui différencie le péritoine moins foncé et plus épais qu'est le péritoine adhérent, du péritoine plus rouge et plus mince qu'est le péritoine mobile. La branche inférieure des ciseaux s'insinue sous la séreuse qu'elle soulève, et se tenant au ras de la ligne d'adhérence elle sectionne le péritoine au fur et à mesure qu'elle le décolle. La ligne de section forme un croissant à concavité supérieure.

Il n'y a plus qu'à repousser vers le bas ce péritoine mobilisable, mais auparavant il faut d'un coup de ciseaux faire sauter un petit tractus fibreux blanchâtre, inséré sur la ligne médiane qui le retient encore à la face antérieure de l'isthme et qui n'est autre que l'attache du cul-de-sac péritonéal antérieur.

En procédant ainsi, on obtiendra le maximum d'étoffe. On n'en a jamais trop, surtout dans les salpingites, pour permettre une bonne péritonisation. Pour procéder au décollement, mieux vaut agir avec l'index coiffé d'une compresse de gaze qu'à bout de ciseaux. User des tractions douces afin d'éviter les hémorragies, afin de ne pas léser la vessie. Celle-ci forme, au-devant du cul-de-sac antérieur du vagin, un bourrelet gros et mou, de coloration différente, couché transversalement, qu'on ne saurait méconnaître. Il nous semble quelque peu théorique de vouloir la reconnaître « à ses striations transversales qui s'opposent aux striations verticales du vagin ».

Mais assez souvent il arrive qu'on trouve la vessie étalée recouvrant la face antérieure de l'utérus. Son sommet adhère alors soit au dôme utérin, soit au péritoine pariétal, à l'épiploon, à l'intestin. L'adhérence libérée prudemment au bistouri, on n'a pas de peine à trouver le plan de clivage, et la vessie se laisse refouler sur toute la longueur nécessaire. Inversement le point de réflexion vésico-utérin est souvent très abaissé chez les multipares et descend parfois jusque sur la face antérieure du vagin.

En règle générale, la vessie se détache du col et du cul-de-sac antérieur avec la plus grande facilité. *Il importe de la décoller soigneusement* pour deux raisons : afin de mettre à nu le cul-de-sac antérieur qu'on ouvrira tout à l'heure, et *parce que la vessie refoulée entraîne avec elle les deux uretères.*

Jusqu'où faut-il descendre ? Le moyen pratique d'arrêter son décollement, c'est le doigt qui le donne, dès qu'il ne sent plus à travers la compresse le plan résistant du col. Dès lors il serait nuisible d'aller plus loin.

Voici donc le premier temps que nous ayons rencontré jusqu'ici, appartenant vraiment à l'hystérectomie totale. C'est le décollement poussé beaucoup plus bas jusque sur le vagin. « Il constitue un temps capital dans l'intervention. Bien fait il évite les lésions de l'uretère et de la vessie. Il peut être assez pénible si le col est volumineux et le vagin court. Cependant il faut prendre le temps de le réaliser bien complètement [1]. »

L'utérus, maintenant dénudé sur toute sa hauteur, présente sur

1. Marion : *Traité de technique chirurgicale.*

chacun de ses côtés les flexuosités montantes de l'artère utérine, noyées dans le tissu fibro-conjonctif du ligament large. Avec une compresse, on essuie en quelque sorte ses bords, de façon à rejeter vers le bas le ligament large, et à mettre à nu les pédicules utérins. Ceci a son importance pour effectuer la bonne prise de ces pédicules.

5ᵉ temps : Pincement des utérines.

M. Walther, et c'est là que commence l'originalité du procédé, place sa pince dans l'hystérectomie totale, comme *s'il allait pratiquer une subtotale*. Il saisit l'utérine au niveau du col, *un peu plus bas toutefois que dans la subtotale*, à deux centimètres environ au-dessus du cul-de-sac vaginal. La pince est placée sur un pédicule utérin bien dégagé. On la pose non pas obliquement, mais *transversalement*, *perpendiculairement à l'axe du col* (Pl. I). On doit bien prendre la totalité de pédicule et pour éviter que l'artère ne s'échappe, on fait mordre légèrement la pince sur le col. L'utérine est alors coupée au-dessus de la pince d'un coup de ciseaux qui va jusqu'au muscle utérin.

6ᵉ temps : Libération du col.

On procède maintenant à la libération du col qui, dans la technique de M. Walther, se décompose en trois temps :

A. *On décortique les faces du col.*

B. *On ouvre le cul-de-sac antérieur et on luxe par cette brèche le museau de tanche.*

C. *On désinsère le vagin au ras du col.*

A. Décortication des faces.

La main gauche tirera fortement sur l'utérus, pendant que la main droite continuera à travailler avec les ciseaux. On se sert de ciseaux *droits* qui permettent de suivre l'utérus au plus près. On donne d'abord un coup de ciseaux entre le col et la pince

utérine jusqu'à la musculeuse ; grâce à cette entaillure on a pénétré dans la couche superficielle, dont il faut dégager le col. Nous n'avons pas à nous étendre ici sur cette couche superficielle, fibreuse et vasculaire, qui enveloppe le col musculeux d'un véritable manchon.

Disons simplement qu'elle est l'émanation dernière, le prolongement viscéral de la gaine hypogastrique. Plus lâche et plus garnie en avant et latéralement, elle est plus adhérente et plus mince en arrière. Dans son sein, rampe et se subdivise le système antérieur et postérieur né de la bifurcation des cervico-vaginales, dont les rameaux transversaux laissent tomber dans le col « comme les dents d'un peigne » ses fins ramuscules nourriciers [1].

On évitera de tailler dans cette couche des vaisseaux. Au contraire travaillant au-dessous d'elle, à petits coups, sans brutalité, en refoulant plutôt qu'en sectionnant, les ciseaux ne quitteront pas le plan musculaire du col, surtout sur les côtés. *Ils le décortiqueront ainsi sans provoquer d'hémorragie*, en se créant au ras du muscle et le long de lui un plan de clivage, où ils sectionnent seulement les fines artérioles dont nous parlions ci-dessus, lesquelles « bavotteront » parfois sans saigner véritablement.

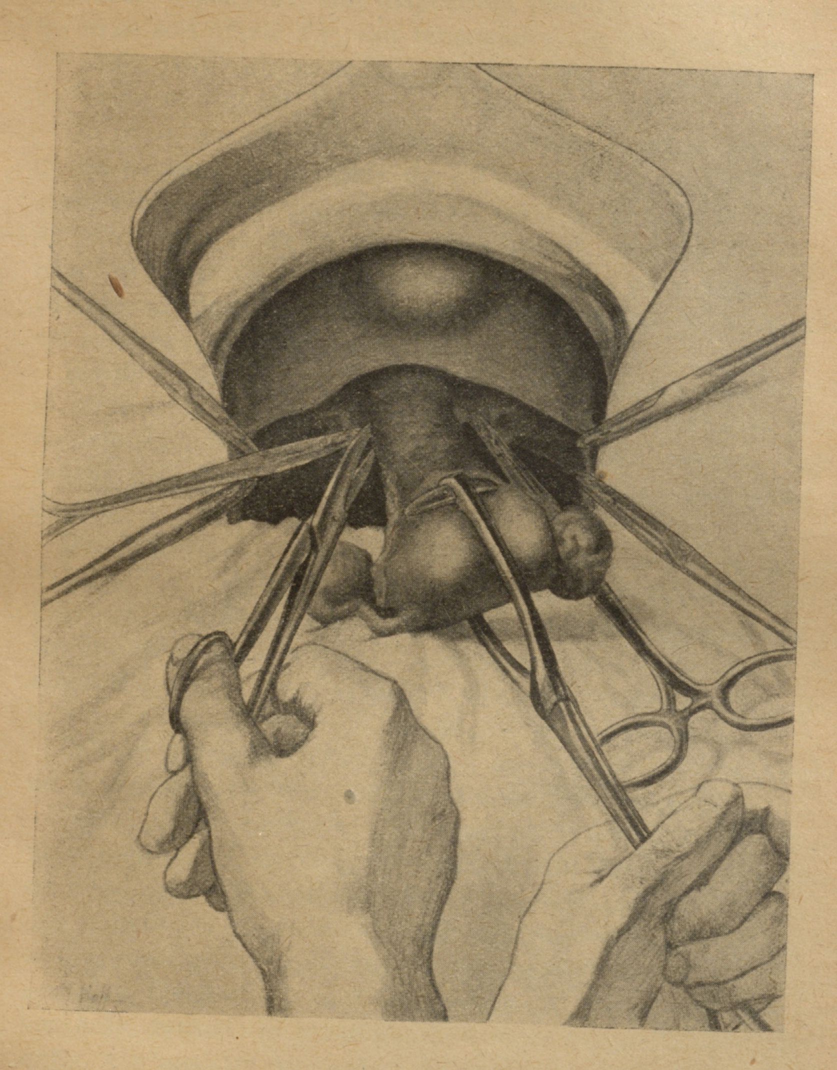
Si nous supposons l'opérateur à gauche, on amorcera le dégagement du côté droit par un ou deux coups de ciseaux donnés, ainsi que nous l'avons dit, en dedans de la pince utérine le long du muscle utérin (Pl. I). Le pédicule artériel s'écarte aussitôt, et s'abaisse d'autant plus que l'utérus est soulevé davantage (Pl. I).

Passant sur la face antérieure, on continue à refouler, à écarter les tissus de la pointe des ciseaux tenus toujours parallèles au col. On continue cette manœuvre sur le côté gauche, on procède

1. Consulter à ce sujet le travail fondamental de Farabeuf sur les vaisseaux des organes génito-urinaires, et les recherches de Fredet sur les artères de l'utérus.

Au col, les vaisseaux d'un volume notable se donnent la main d'un côté à l'autre, et forment une virole de couche spéciale presque superficielle autour de ce gros tube, dont la paroi musculaire épaisse d'environ 10 millimètres paraît exsangue parce qu'elle n'a que des rameaux capillaires (Farabeuf).

Il y a au niveau du col une vraie bague artérielle, très superficielle, issue des branches des cervico-vaginales, branches nées à distance de l'utérus, dont elles ménagent les bords (Fredet).



L'Hystérectomie totale.

Libération du col : 1er temps, *décortication des faces.*

ainsi à un véritable dépiautage du col et cela sans hémorragie.

Parfois cependant, soit disposition vasculaire anormale, soit qu'on se soit écarté du plan musculaire, on voit, en dégageant les côtés, jaillir un ou deux petits jets fins. On pince la petite artériole, et tout est dit.

On passe ensuite à la face postérieure : temps important, car en coupant les attaches du col en arrière, on facilite son ascension et son dégagement. En traçant à l'avance la tranche du péritoine postérieur, on s'assure qu'elle sera nette et régulière, et la brèche créée à ce niveau rendra plus commode la désinsertion du cul-de-sac postérieur. Mais en arrière le péritoine est adhérent, et le cul-de-sac remonte haut.

Il suffira donc de tailler franchement une ligne transversale et continue de gauche à droite, ligne passant au-dessus du point de réflexion des ligaments utéro-sacrés qu'elle respecte. Cette brèche ne saigne pas. Voici les ciseaux revenus à leur point de départ.

Dès lors, à l'aide d'une traction énergique, on sent le col qui s'allonge, se dégage, qui vient. Quelques coups de ciseaux finissent de le décortiquer entièrement. Parfois cependant, pour les fibromes, dans le cas d'hypertrophie du col, la pointe des ciseaux devra en faire le tour à plusieurs reprises avant qu'il soit complètement dépouillé de sa couche superficielle.

Celle-ci refoulée, tassée, a fini par former sous la vessie, au-devant du cul-de-sac vaginal, un véritable bourrelet.

Comment reconnaître ce cul-de-sac antérieur? Les moyens ne manquent pas. C'est l'œil qui distingue les striations verticales du vagin (signe assez théorique) et qui aperçoit surtout la saillie déterminée par la pince vaginale soulevant le cul-de-sac. C'est le doigt qui, promené le long du col, cesse de sentir tout à coup son plan résistant. Ce sont les ciseaux qui, butant sur l'attache vaginale, donnent la sensation d'un léger ressaut. C'est l'oreille enfin, car aussitôt au contact du vagin les ciseaux rendent un son bien spécial. *Le vagin sonne creux.* Quand on a tant soit peu l'habitude de l'hystérectomie totale, les ciseaux suffisent amplement à vous faire connaître le moment exact où l'on aborde le cul-de-sac antérieur.

B. Ouverture du cul-de-sac antérieur.

De la pointe des ciseaux poussée avec assez de force, on effondre le cul-de-sac antérieur, sur la ligne médiane et au ras du col. Continuons à bien tirer sur l'utérus, car on pénètre plus aisément dans un cul-de-sac bien tendu. L'ouverture ne saigne pas. La lèvre antérieure du vagin est repérée par une pince (Pl. II).

Il faut s'emparer du museau de tanche pour le luxer en dehors de cette boutonnière. Il existe des pinces d'un modèle spécial pour attirer commodément le col. Pratiquement, l'ordinaire pince de Museux suffit. On est tenté de saisir seulement la lèvre antérieure, ce qui ferait bâiller le méat cervical et risque d'en exprimer tout le contenu. Il faut prendre les deux lèvres, d'autant que le col est ainsi mieux fixé (Pl. II).

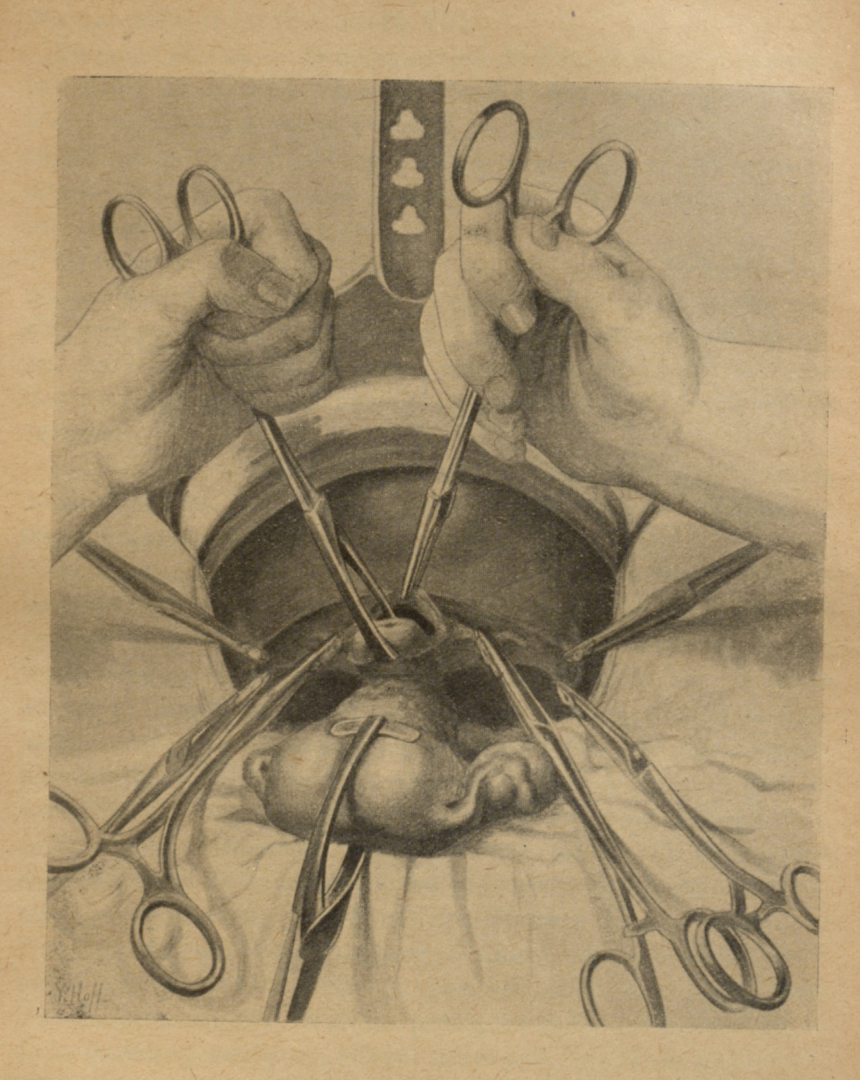
Dès lors, la main gauche abandonne l'utérus pour reporter toute sa force de traction sur la pince de Museux. *Fortement attiré en haut*, renversé, basculé, *le col est en quelque sorte énucléé hors de sa loge*.

Ayant bien sous les yeux les culs-de-sac vaginaux, on les désinfecte à nouveau. Les diverses manœuvres de traction sur l'utérus ont eu pour effet de vider une partie de son mucus intracervical. On a préparé à l'avance un tampon moulé, imbibé de teinture d'iode. On le promène sur le pourtour vaginal et sur le museau de tanche qu'on mouche de ses glaires. C'est un temps important. L'oublier serait s'exposer à des mécomptes quant à l'asepsie de la suture ultérieure du vagin.

C. Désinsertion du vagin.

Ceci fait, on désinsère le vagin.

La boutonnière déjà pratiquée est agrandie de part et d'autre jusqu'aux angles. La main gauche, qui luxe le col, cherche à le basculer encore davantage, et le *tord* en même temps (Pl. III). Elle expose ainsi successivement l'angle droit, les attaches du cul-de-sac postérieur et l'angle gauche. Sous le contrôle des yeux, les ciseaux droits (et non les ciseaux courbes) les sectionnent progressivement, sans perdre le contact du col, *en taillant dans les attaches même du vagin* (Pl. III).



L'Hystérectomie totale.

Libération du col : 2e temps, *ouverture du cul-de-sac antérieur.*

Une pince repère le milieu de la lèvre vaginale postérieure dès que celle-ci est libérée (Pl. III).

Le point délicat est la désinsertion de l'angle du côté opposé à celui où l'on se trouve. Du côté droit si l'on opère à gauche, du côté gauche si l'on opère à droite, on tend à s'écarter du col et à couper dans le vagin. *C'est l'angle hémorragique.* Si on laisse déraper ses ciseaux, on est à peu près sûr en effet de sectionner une artère vaginale d'angle.

Le précepte formel est donc de raser le col (1). En avant, cela n'a pas grande importance, la tranche antérieure ne saigne pas. En arrière et aux angles, c'est capital. A ce prix seulement, on désinsère à blanc la lèvre postérieure, parce qu'*on coupe à ce niveau dans une zone chirurgicalement et pratiquement exsangue.*

Si la ligne de section est nette et régulière, c'est que la désinsertion est correcte. On peut être sûr dans ce cas que la tranche postérieure et les angles ne saigneront pas.

Or, on trouve écrit partout que la tranche postérieure est extrêmement hémorragique, et qu'elle exige une suture hémostatique soignée. Effectivement, en analysant les comptes rendus opératoires, depuis le moment où l'on a commencé à faire la totale en série, nous avons noté que dans les débuts, durant la première année, on ne manquait jamais de procéder à la suture hémostatique de la lèvre postérieure. Mais à mesure que la technique se perfectionnait, et à partir du moment où l'on a suivi rigoureusement les règles édictées plus haut, on a cessé complètement de la pratiquer, en constatant que la tranche postérieure ne saignait pas. Il est exceptionnel de rencontrer une lèvre postérieure hémorragique, donnant un ou deux ou trois petits jets fins, nécessitant la pose d'un point séparé. Nous n'avons jamais vu M. Walther pratiquer la suture hémostatique de la tranche postérieure, et pour notre part, sur 34 interventions, nous n'avons jamais eu besoin d'y recourir.

1. Richelot : Communications à la Société de Chirurgie, 1897, 1903. — Chevrier : L'hémostase dans l'hystérectomie totale en deux temps. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1910. « L'insertion même du vagin sur l'utérus a une vascularisation utérine. Les branchioles anastomotiques des deux vascularisations utérine et vaginale sont infimes et ne comptent pas chirurgicalement. »

Nous pensons que ce fait, pratiquement constaté plus de 400 fois, est suffisamment démonstratif.

Est-il besoin d'ajouter qu'en procédant de cette manière l'uretère ne court aucun risque!

7e temps : Toilette du vagin.

Le vagin est béant. Les lèvres antérieures et postérieures sont amarrées par deux pinces, qui ont saisi non seulement la tunique, mais un peu de muqueuse (Pl. IV). Car la muqueuse vaginale a tendance à se rétracter, surtout sur les côtés, aussi est-il bon de placer encore une pince sur chacun des angles (Pl. IV). Cette pince trouvera son utilité au moment de la ligature utérine et des sutures vaginales.

Pendant qu'on libérait le col, il y a tout de même un peu de suintement sanguin. Il importe donc de pratiquer une toilette soigneuse de la région; quelques caillots notamment sont tombés dans le vagin. Les y laisser quand on se prépare à le fermer, serait exposer la suture à une infection possible.

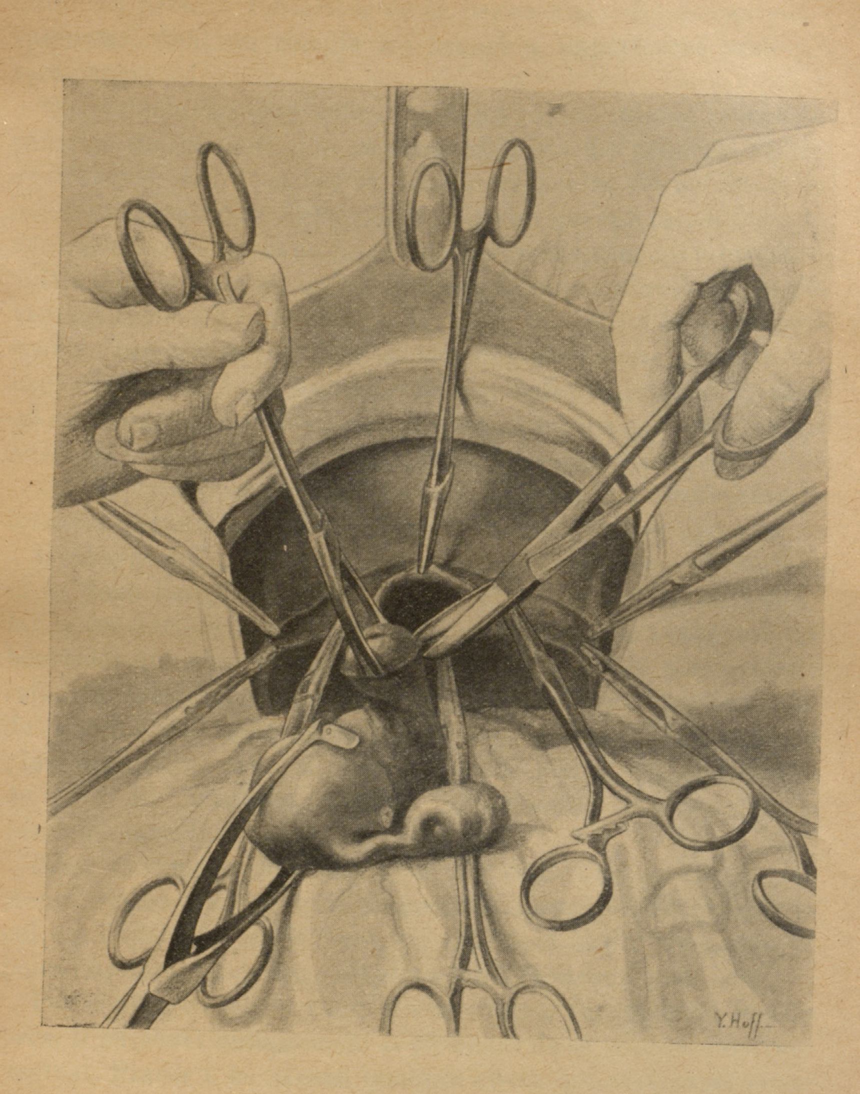
C'est ici qu'intervient la pince placée dans le vagin, au début de l'intervention. Une infirmière glissant la main droite, sous les champs, entre les cuisses de la malade, pousse la pince et l'ouvre (Pl. IV). Elle saisit, entre les branches de la pince, l'extrémité d'une compresse déroulée qu'y dépose le chirurgien, et l'attire vers elle jusqu'à la vulve. Ainsi entraînée de dedans en dehors, la compresse accomplit un véritable *ramonage* du vagin, qui le débarrasse de tous ses caillots.

8e temps : Ligature des utérines.

Dans la façon de libérer le col, telle que nous l'avons décrite, nous répétons qu'on n'est pas gêné par l'hémorragie.

1° Parce qu'en désinsérant le vagin exactement au niveau de ses attaches cervicales, on taille dans une zone pratiquement avasculaire.

2° Parce qu'en décortiquant le col au ras de son plan muscu-



L'Hystérectomie totale.

Libération du col : 3e temps, *désinsertion du vagin.*

laire, on passe à l'intérieur de la bague artérielle des cervico-vaginales, dont on refoule les branches importantes sans les sectionner.

Que deviennent les cervico-vaginales? Elles suivent le sort du pédicule utérin dont elles restent solidaires. Le pédicule utérin s'est écarté, attiré en bas et en dehors par la rétraction de la gaine hypogastrique. Celle-ci l'entraîne au fur et à mesure que la décortication des faces du col lui fait perdre ses attaches viscérales.

Dès lors, la distance qui sépare les pédicules utérins de l'angle vaginal répond à la hauteur à laquelle on a placé la pince utérine au niveau du col. C'est-à-dire que cet espace est approximativement de un centimètre et demi à deux centimètres, suivant qu'on a placé la pince un peu plus haut, ou un peu plus bas, et aussi suivant le degré de paramétrite scléreuse des tissus.

Cet espace, tous les chirurgiens habitués à l'hystérectomie totale en auront remarqué la forme constante et bien spéciale.

Il a l'aspect d'un triangle allongé dont le sommet est l'utérine, et la base l'angle du vagin (Pl. IV et V). Les côtés sont délimités en arrière par le péritoine postérieur, en avant par un bourrelet qui n'est autre que le bord de la gaine péricervicale refoulée. L'aire du triangle répond précisément à la partie même de la gaine qui tapissait les faces latérales du col, à sa partie la plus vasculaire, celle où l'on risque, si l'on n'y prend garde, de léser les branches, surtout les branches antérieures des cervico-vaginales.

Nous l'avons dit, les risques en sont nuls. Une ou même plusieurs pinces placées à ce moment-là, quand on décortique le col en l'attirant vers le haut, ne sauraient être d'aucun risque pour l'uretère. Ce dernier est alors loin, beaucoup plus bas.

Par contre, quand le vagin est désinséré, l'uretère est là tout près. Il parcourt obliquement le plancher de ce triangle utérino-vaginal. Pincer à ce niveau quelque chose qui saignerait pourrait être dangereux. Mais qu'irait-on pincer? Nous avons montré ce qui exceptionnellement, ou par faute de technique, aurait pu saigner au moment de la libération du col. On aura mis une pince, en temps voulu.

Pourquoi donc nous sommes-nous tellement étendus sur la description de ce *triangle utérino-vaginal*? C'est parce que dans l'hystérectomie totale, il est le *triangle de ligature*.

Les raisons en sont faciles à montrer.

a) Une bonne ligature ne doit pas prendre la seule utérine, elle doit étreindre aussi ces branches cervico-vaginales, nées en amont de la section et que la pointe des ciseaux a simplement refoulées. C'est-à-dire qu'elle doit comprendre dans son nœud l'aire tout entière du triangle.

b) Pour qu'une ligature soit solide et ne dérape pas, il faut lui fournir un plan résistant, et *c'est dans la tunique musculeuse de l'angle du vagin qu'on trouvera ce point d'appui indispensable.*

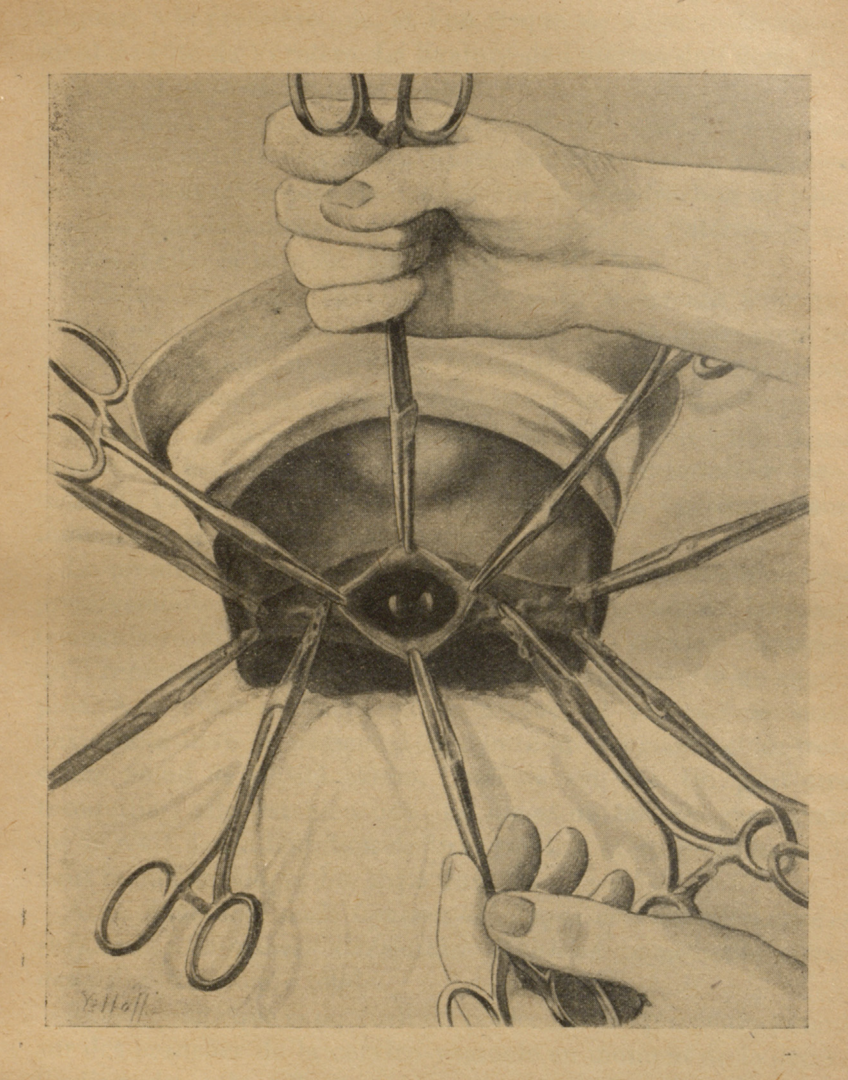
c) Enfin il est un autre point intéressant sur lequel nous désirons dès maintenant attirer l'attention, et où la ligature du triangle joue un rôle utile. Cette couche péricervicale que nous avons dû refouler en avant et sur les côtés, elle s'est tassée en un bourrelet qui double la lèvre antérieure vaginale et qui se continue directement sur les côtés avec la gaine hypogastrique, condensée autour du pédicule utérin. Bien qu'ayant perdu ses connexions cervicales, la gaine hypogastrique n'en garde pas moins son intégrité [1], si bien qu'en liant l'utérine aux extrémités du futur dôme vaginal, on lui donne par là même de nouvelles et solides attaches : *c'est la première étape de la reconstitution du plancher pelvien.*

Pour toutes ces raisons, la ligature de l'utérine demande à être pratiquée avec soin, et suivant une technique précise.

En supposant toujours l'opérateur à gauche, la main gauche tire sur la pince d'angle de façon à bien tendre ce dernier. Avec l'aiguille à pédale, on pénètre de bas en haut dans la musculeuse de l'angle, profondément pour prendre un point d'appui solide, et largement pour comprendre dans le nœud toute la base du triangle (Pl. V).

On pourrait croire alors, qu'il suffit de passer la pince utérine dans l'anse du catgut et de nouer ; ce serait une erreur. Le propre de ces gros pédicules est de glisser sous l'étreinte du nœud. Or que l'utérine s'échappe ou soit insuffisamment liée, et c'est le champ opératoire submergé par le sang. Un peu à

1. Sur l'importance du pédicule hypogastrique et de sa gaine comme moyen de fixité, voir les travaux de Fredet (déjà cité) et de Pierre Descomps (*Archives mensuelles d'obstétrique et de gynécologie*, 1917).



L'Hystérectomie totale.

Toilette du vagin.

l'aveugle, on cherche à reprendre l'artère, on n'y arrive pas toujours à la première fois, et l'on risque de s'égarer fâcheusement du côté de l'uretère. La ligature de l'utérine doit donc être étanche et fixée du premier coup.

Pour éviter sûrement le dérapage, il faut que le nœud soit soutenu à chaque extrémité. Aussi faufilera-t-on le catgut en arrière à travers le péritoine postérieur, et prendra-t-on un point d'appui supplémentaire en transfixant, près de l'utérine et en dehors d'elle, la base du ligament large (Pl. V).

Pendant ce temps, l'aide a un rôle actif. Il éponge pour que la ligature soit faite à sec. Il évite de tirer sur la pince pour ne pas tendre, couder ou tordre le pédicule. Il a soin de lui maintenir son orientation normale, oblique en bas et en dehors parallèlement à l'uretère, et non pas perpendiculairement à lui. Ainsi le pédicule utérin gardant sa mobilité peut se rapprocher librement de l'angle du vagin et l'orientation de la ligature donne toute sécurité par rapport à l'uretère.

Le premier nœud, toujours simple, est serré lentement et progressivement. L'utérine vient se souder au vagin. L'espace triangulaire étouffé, comprimé (et avec lui les cervico-vaginales qu'il renferme) a disparu. Le nœud est serré à fond. On ne gagne plus. A ce moment l'aide enlève la pince et reprend de suite l'extrémité libre du pédicule. On ajoute un deuxième et un troisième nœud de sûreté. Alors, l'utérine est liée. On peut être tranquille : elle est bien liée. Le nœud ne lâchera pas. Pour qu'on n'ait pas la tentation de tirer sur lui, et de le déplacer, il vaut mieux en couper les chefs aussitôt.

Ainsi donc, *une seule ligature de chaque côté est nécessaire et suffisante pour assurer l'hémostase définitive* du pédicule utérin dans l'hystérectomie totale.

Remarquons que si on avait dû placer une ou plusieurs pinces sur des branches de la cervico-vaginale au moment de la décortication du col, celles-ci, se trouvant posées dans l'aire du triangle de ligature, seraient prises dans le même nœud que l'artère utérine, et par conséquent une seule et même ligature suffit dans tous les cas.

9e temps : Fermeture du vagin.

La règle est que les tranches vaginales, même la tranche postérieure, ne saignent pas. Mais nous savons que si la désinsertion n'a pas été correcte, une ou plusieurs artérioles vaginales peuvent donner, surtout au niveau de l'angle du côté opposé à l'opérateur. Dans ce cas, il est utile de poser deux point d'angle, et personnellement nous le faisons de parti pris.

De toutes façons l'angle du vagin, qui tend souvent à se rétracter, ne doit pas être négligé quand on commence la réfection du dôme vaginal. Il faut le saisir très exactement, musculeuse et muqueuse dans le premier point. S'aidant de la longue pince à griffes, on charge successivement avec l'aiguille à pédales de bas en haut la musculeuse et la muqueuse de la lèvre postérieure, la muqueuse et la musculeuse de la lèvre antérieure. Mais s'il faut prendre extrêmement *peu de muqueuse*, on saisit au contraire la totalité de la tunique vaginale et du bourrelet sus-vaginal. Le péritoine postérieur est laissé en dehors de la suture.

On mène ainsi un surjet dont chaque point est passé et serré modérément. Trop serrer nuirait à la régularité du moignon vaginal, en le plicaturant, d'autant qu'il s'agit ici d'affronter plutôt que de faire l'hémostase. En trois ou quatre points, on atteint le bord opposé, et on revient au point de départ en deux ou trois points pour lier ensemble les deux chefs (fig. 1).

Les chefs initial et terminal du surjet sont conservés, car ils serviront tout à l'heure à tirer sur le vagin. La réparation du vagin constitue ainsi la deuxième étape dans la reconstitution du plancher pelvien.

10e temps : Ligature des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds.

Restent à lier les ligaments ronds et les pédicules utéro-ovariens de chaque côte. On transfixe le péritoine dans sa portion avasculaire, située entre le ligament rond et le pédicule utéro-ovarien, et on noue sur ce dernier. Puis on va prendre le

L'Hystérectomie totale.

LIGATURE DES PÉDICULES UTÉRINS.

ligament rond et on le noue à son tour sur le pédicule utéro-ovarien.

Mais ce n'est pas suffisant. Comme ces pédicules sont très glissants, à distance de la première ligature, on place sur les pédicules utéro-ovariens un nœud de sûreté, dont on coupe les chefs aussitôt.

11e TEMPS : PÉRITONISATION ET SUSPENSION DU VAGIN.

Enfin, reste un temps qui exige un soin tout particulier. C'est la péritonisation. Car elle n'est pas seulement destinée à jouer

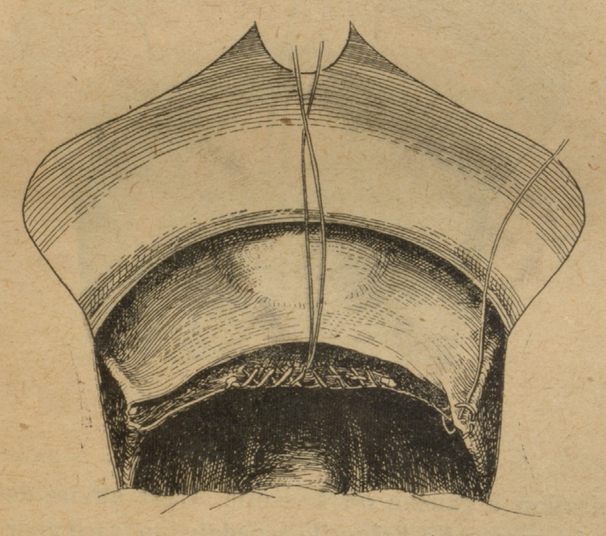


FIG. 1.

le rôle de protection et de défense que l'on sait, mais dans le procédé qui nous occupe, elle remplit un autre but non moins important, celui *de rendre au plancher génital son intégrité première.* La solidarisation avec les bords du vagin, de l'utérine et de la gaine hypogastrique a reconstitué les attaches viscérales du fascia pelvis. Il faut maintenant qu'au moyen de la péritonisation, les ligaments ronds et les pédicules utéro-ovariens viennent se relier au dôme vaginal pour compléter la *sangle de*

suspension, pendant qu'en arrière la soudure du péritoine postérieur *rétablira l'attache supérieure des ligaments utéro-sacrés.*

Il n'aura pas été inutile de réunir dans la même ligature ligament rond et pédicule utéro-ovarien. On a constitué ainsi un ligament puissant, que le nœud de sûreté permettra d'allonger sans crainte au maximum.

On se servira de catgut assez résistant (n° 1) et on s'aidera de la pince à griffes longue. Il est indifférent de commencer la

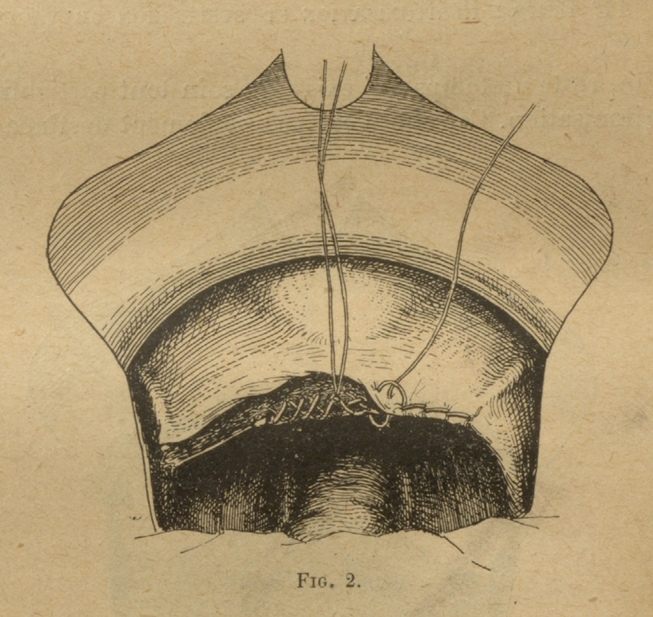


Fig. 2.

péritonisation à gauche ou à droite. C'est affaire de goût personnel. Au moyen de l'aiguille à pédale, on va d'abord chercher le péritoine postérieur en arrière, et en bas. Comme il est souvent altéré à ce niveau, surtout dans les annexites, il ne faut pas hésiter à aller le prendre très loin dans l'étoffe saine.

On charge alors le péritoine supérieur dans cette fossette qui sépare le ligament rond des vaisseaux utéro-ovariens, puis on transfixe le pédicule entre la première ligature et le nœud de sûreté, et l'on noue. Grâce à cette manœuvre, les deux plis du péritoine ainsi soulevés sont rabattus par-devant le pédicule et solidarisés avec lui (fig. 1). On mène alors son surjet de la façon suivante.

Il faut :

Saisir de part et d'autre le plus d'étoffe possible péritonéale.

Charger d'abord le péritoine antérieur, puis le péritoine postérieur et reprendre le péritoine antérieur : C'est le *paletot* qui utilise tout le péritoine antérieur mobilisable et renforce ainsi d'autant la suture. Celle-ci est en même temps reportée en bas et en arrière et sa ligne n'est plus visible (fig. 2 et 3).

Passer tous les points.

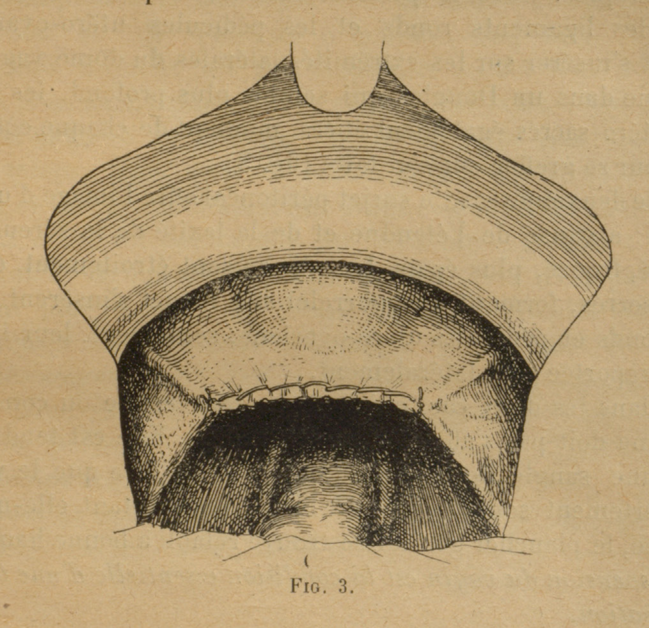


Fig. 3.

Serrer chaque point, serrer avec force, serrer de près, serrer en ramenant le fil vers le nœud initial.

Veiller à ce que le fil soit toujours maintenu tendu.

Quand on approche de la ligne médiane, on a affaire à un péritoine postérieur de moins en moins mobilisable, et au niveau du vagin, le péritoine postérieur lui adhère intimement. Sa lèvre en est à peine différenciée. Le saisir équivaut donc à prendre le vagin, et de fait *on voit le vagin monter* (fig. 2) de mieux en mieux suspendu à mesure que progresse la péritonisation. Souvent du reste il n'existe plus à ce niveau de bord libre de péritoine postérieur, et on a chargé à même la paroi postéro-supérieure du vagin (fig. 2). Ainsi on empêche au niveau du

dôme vaginal la formation d'un espace mort où pourrait s'accumuler un hématome, qui aurait peut-être chance de s'infecter.

L'aspect du petit bassin, reformé et péritonisé, diffère généralement dans les cas de salpingite et de fibrome, c'est-à-dire suivant qu'on a eu à sa disposition peu ou beaucoup d'étoffe.

Dans le premier cas, la ligne de péritonisation, lisse et régulière présente l'aspect d'un croissant étalé, dont la courbe est à peine indiquée. Sous le péritoine tendu, brillant comme un miroir, les ligaments ronds et les pédicules utéro-ovariens viennent s'insérer sur les extrémités latérales du dôme vaginal, tandis que dans un Douglas qui semble plus profond, les ligaments utéro-sacrés également étirés, montent de chaque côté du vagin pour se greffer sur son faîte (fig. 3).

Dans le deuxième cas, le surjet péritonéal offre l'image d'un fer à cheval; à cause de l'étendue et de la laxité de la séreuse, il est plissé, froncé, plus épais. Les plis en sont étroitement, exactement serrés, formant un bourrelet sur lequel s'insèrent ligaments ronds et pédicules utéro-ovariens; seulement, leur insertion est reportée plus latéralement.

Mais dans les deux cas, qu'elle soit transversale ou concave, la ligne ne doit pas s'affaisser en son milieu. Elle est tendue et forme une sangle horizontale (fig. 3). C'est dire que le vagin étant fortement soulevé, et par lui la vessie étant elle-même remontée, le plancher génital se trouve rétabli à bonne hauteur. *Cette suspension du vagin est la condition essentielle d'une bonne péritonisation.*

Le péritoine refait, on pratique une dernière toilette du bassin qu'on baigne avec du sérum chaud.

12e temps : Fermeture de la paroi.

Ce temps n'a rien de spécial. Disons seulement qu'il importe, avant de refermer la paroi, de changer de gants, de nettoyer le champ opératoire, de prendre une Reverdin et des ciseaux propres.

Pour la suture des aponévroses, M. Walther fait aussi le paletot, pratique excellente pour éviter l'éventration.

Durée de l'intervention.

Toutes les interventions ont comporté l'ablation de l'appendice, généralement exécutée à la fin de l'opération, après la péritonisation. Il faut en tenir compte dans l'appréciation de la durée.

Quand on a la technique bien en mains, la durée de l'intervention est de quarante à quarante-cinq minutes pour un fibrome ordinaire ou une salpingite facile. C'est la moyenne que nous avons relevée dans ces cas, sur le livre des opérations. Il est entendu qu'un opérateur très entraîné peut mettre moins de temps. Quoi qu'il en soit, l'hystérectomie totale est plus longue que la subtotale d'une dizaine de minutes environ.

La durée est augmentée par les temps suivants : libération du col et fermeture du vagin. L'hémostase n'est pas sensiblement plus longue, de même que la péritonisation. Le fait d'excuser une subtotale n'implique pas en effet des ligatures moins soignées, et le fait de conserver le col, si on ne le suspend pas bien, est une piètre garantie contre la ptose ultérieure. Enfin, le temps perdu à la toilette du vagin répond à peu près au temps consacré à la désinfection du col.

Nous pensons donc que cette majoration de dix minutes correspond à la réalité des faits.

SUITES OPÉRATOIRES

DE L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE NON DRAINÉE

En exposant les suites opératoires de l'hystérectomie totale non drainée, nous nous limiterons strictement aux faits particuliers à la méthode, et nous ne parlerons pas des soins à donner qui sont les mêmes, ni moins, ni plus, qu'après toutes les hystérectomies.

Bénignité.

Donnons tout de suite la statistique (sur laquelle nous reviendrons plus tard) de la mortalité :

163 cas (M. Walther), 2 morts, soit 1,2 °/₀.

353 cas (statistique globale du service), 6 morts, soit 1,6 °/₀.

Ces cas comprennent, sans exception, tous les cas non drainés, qu'il s'agisse de fibromes, de salpingites suppurées ou non, de cancers du corps, de tumeurs de l'ovaire, etc.

Mieux que toutes les affirmations, cette statistique nous permet de poser en fait la bénignité de l'hystérectomie totale pour les cas de gravité moyenne qui ne nécessitent pas le drainage. Nous ferons remarquer qu'à la statistique globale ont participé des chirurgiens diversement entraînés, mais tous ont suivi la même technique.

Shock. Infection générale.

Sur ces 6 morts, on compte une mort par embolie le 1er jour, une mort par pneumonie le 12e jour. Quatre morts : 2e, 3e et 4e jour sont imputables au shock opératoire et à l'infection, 4 morts sur 353 cas.

Personnellement, nous n'avons pas remarqué que l'hystérectomie totale, pratiquée suivant la technique de M. Walther, fût plus shockante que les subtotales sans drainage, que nous avons vu exécuter ailleurs.

La comparaison des feuilles de température serait démonstrative à cet égard.

Dans notre pratique, nous comptons 16 hystérectomies subtotales à côté de 25 hystérectomies totales sans drainage. Nous n'avons pas observé que les malades étaient plus shockées dans un cas que dans l'autre.

Infections localisées autour et sur la tranche vaginale.

Nous faisons exception toutefois pour une de nos malades, qui présenta un état général inquiétant pendant quarante-huit heures. Cet état cessa brusquement avec l'évacuation par le vagin d'une certaine quantité de sérosité louche. Les suites furent normales.

Ce cas est un exemple de ces petites infections localisées autour de la tranche, provenant d'un petit hématome sous-péritonéal suppuré, analogues à ces infections de même origine qu'on peut rencontrer au-devant du moignon cervical dans les subtotales. Mais alors qu'ici elles stagnent sans issue possible au grand détriment de la malade, l'infection dans la totale désunit la suture et se draine naturellement.

Si c'est la tranche seule qui est infectée, la cicatrisation se trouve simplement retardée de quelques jours.

Ces accidents sont la conséquence d'une stérilisation défectueuse du vagin. On comprend maintenant pourquoi nous avons tellement insisté au début, sur le iodage. La teinture d'iode, il est vrai, a supprimé le « péril vaginal », mais encore faut-il qu'elle soit convenablement appliquée.

Hémorragie.

Nous voulons parler des hémorragies par le vagin, car *il n'a été observé dans aucun cas d'hémorragie interne post-opératoire.*

Les hémorragies vaginales sont immédiates ou tardives.

a) *Immédiates.*

Elles se voient dans les heures qui suivent l'intervention. Elles ont été constatées 6 fois, à notre connaissance. C'est une complication de débutant, que le chirurgien évite toujours quand il a sa technique bien en mains. C'est tantôt un suintement sanguin qu'arrête le moindre tamponnement. La muqueuse a glissé au moment de la suture.

C'est tantôt une hémorragie assez abondante, due à une artère de l'angle du vagin qui saigne, parce que ce dernier a été mal pris dans la suture.

b) *Tardives.*

Nous en connaissons deux cas seulement, l'un au 8ᵉ, l'autre au 15ᵉ jour. Ici, c'est l'infection de la tranche qui est en cause, l'hémorragie se produisant au moment de la chute d'une escarre.

Si parfois elles peuvent paraître inquiétantes, il faut savoir que ces hémorragies n'ont pourtant pas de gravité. On en vient toujours à bout, non avec des pinces (ce qu'il ne faut pas faire), mais avec un tamponnement méthodique et serré. La condition essentielle est de voir ce que l'on fait à l'aide de deux valves placées dans le vagin. S'il s'agit d'une hémorragie tardive, on enlève d'abord le petit lambeau de sphacèle. Il cache le vaisseau qui saigne, et gênerait la compression.

État du vagin.

L'état du vagin est à étudier successivement dans les premiers jours, d'autre part dans les semaines et les mois qui suivent l'intervention.

Nous avons vu avec quel soin on ne laissait subsister dans le vagin aucun caillot, cause possible d'infection de la suture. Nous insistons sur ce point *qu'on ne fait aucun pansement vaginal.*

Dans les jours qui suivent, on ne donne aucune injection. La cicatrisation se fait par première intention — à sec — en une semaine environ. A partir du 9ᵉ jour, on prescrit une injection

d'eau bouillie tiède quotidienne. A ce moment, les malades présentent un petit suintement passager, durant seulement quelques jours, dû à l'exfoliation de la muqueuse à la suite du iodage.

Nous allons voir maintenant ce que devient *la cicatrice vaginale*.

La cicatrice vaginale.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il y a très peu de différence à la longue entre un vagin qui a été fermé et s'est cicatrisé par première intention et un vagin qui a été drainé. Aussi étudierons-nous les uns et les autres dans ce petit chapitre.

Plus de 100 opérées ont été revues à la consultation, examinées à ce point de vue spécial, suivies durant des mois et même des années.

Voici ce que l'on observe en général au bout de quelques mois. Au toucher, le vagin donne la sensation d'une poche lisse, régulière et souple, dans laquelle l'extrémité du doigt se meut librement. C'est à peine si l'on sent la cicatrice, tant son relief est imperceptible. Elle est *indolore*. Au spéculum, on constate que le fond du vagin se laisse déplisser autant que l'entrée. La cicatrice est marquée par une ligne à peine visible, liséré léger qui se confond presque avec le rose uniforme de la muqueuse vaginale. En forme de croissant très étalé, presque horizontale, elle se termine latéralement par deux petits culs-de-sac de coloration normale, et se laissant déplisser. Elle n'est pas exactement au fond du vagin; elle est reportée un peu en avant et en haut.

Telle est la cicatrice vaginale, quand la désinsertion et la suture du vagin ont été pratiquées correctement suivant la technique indiquée. Elle est un peu modifiée dans son aspect quand le vagin a été plicaturé par la suture ou que celle-ci s'est désunie. On voit alors un bourrelet plus ou moins régulier, plus ou moins saillant, et le fond du vagin est un peu moins ample et un peu moins souple. Mais au bout de quelques mois, la souplesse et la mobilité du cul-de-sac vaginal sont devenues parfaites.

Il est même curieux de constater avec quelle facilité se répare

le vagin après le drainage. Au bout d'un certain temps, il est même impossible sur quelques malades de savoir si elles ont été drainées ou pas. Généralement, après le drainage, le vagin est très légèrement rétréci à son extrémité. La cicatrice est irrégulière ou bien étoilée, quoique parfaitement souple et indolore.

Nous avons spécialement recherché les *cicatrices douloureuses*. Nous en avons trouvé 3 cas. Dans l'un de ces cas, la douleur provoquée par le toucher vaginal d'un côté coincidait avec la présence d'un point sous-costal et de coliques néphrétiques, et l'on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une douleur réflexe.

Chez nos opérées drainées ou non drainées, nous nous sommes enquis de savoir si la cicatrice vaginale ne gênait pas les relations sexuelles. Celles-ci étaient normales chez toutes nos malades.

Nous avons relevé 3 cas de *sclérodermie*, mais on sait à l'heure actuelle qu'il s'agit là d'un trouble trophique en rapport généralement avec la castration. On pourrait même noter un point intéressant. Le kraurosis est très aggravé par l'infection. C'est ainsi qu'il est défavorablement influencé par la présence d'un col en suppuration. Mais ce serait là sortir de notre sujet.

Dans plusieurs observations, nous avons noté l'existence d'une cicatrice vaginale parfaitement souple et indolore, coexistant avec une cicatrice chéloïdienne de la paroi.

On peut voir parfois au moment de la cicatrisation, aux points où la coalescence s'est mal effectuée, un ou plusieurs petits *bourgeons* charnus, qui bâillent à travers les lèvres de la muqueuse, ou bien une ou plusieurs petites plaques granuleuses. Une ou deux applications de nitrate suffisent à les faire disparaître. Bien que le fait soit rare, et de minime importance, il est bon d'examiner régulièrement toutes les opérées à leur sortie de l'hôpital. Neuf d'entre elles qui n'avaient pas été vues, examinées au bout de plusieurs semaines, présentaient ainsi sur leur cicatrice un ou deux petits bourgeons. Quelques cautérisations au nitrate en eurent facilement raison, et revues plusieurs mois après, ces malades avaient une cicatrice en excellent état

Enfin, nous avons constaté que *la vaginite* et les écoulements vaginaux disparaissent rapidement et d'une façon complète. La suppression de l'utérus et du col, dont l'infection cause et

entretient l'irritation du vagin, agit sur ses lésions, mieux encore que ne le fait la néphrectomie sur la cystite. Dans les vagins drainés, la guérison ne tarde pas non plus, dès que l'ouverture du drainage est cicatrisée.

Pour clore ce chapitre de l'état du vagin après l'hystérectomie totale, pouvons-nous conclure que cette intervention débarrasse les malades de tout souci génital? Nous croyons avoir le droit de répondre : oui, en règle générale.

La ptose du vagin.

Alors que le prolapsus génital, conditionné par tant de causes diverses, est une affection si fréquente, comment ne rencontrerait-on pas de ptose du vagin et de cystocèle après l'hystérectomie totale? Bien que nous nous défendions de vouloir établir ici un parallèle entre totale et subtotale, ce qui n'est pas notre but, toute la question est de savoir si on les rencontre plus fréquemment dans l'une ou l'autre de ces opérations. Nous avons donc recherché ce point particulier en examinant un nombre égal d'observations de malades opérées en subtotale de 1904 à 1909, et en totale de 1909 à 1914.

Nous arrivons à cette conclusion que la proportion est la même dans les deux cas, environ 10 pour 100. Nous avons même trouvé après quelques subtotales de véritables effondrements du périnée. Que l'on se reporte à la technique, on y verra comment le pédicule hypogastrique est respecté, et quel soin on met à rétablir le bon équilibre de la statistique pelvienne. Ceci explique cela.

Il est facile de reconnaître chez une opérée si le vagin est bien suspendu. Le doigt qui en explore le fond se dirige non pas tant en arrière, mais plutôt en haut, dans la direction de l'ombilic. Il s'y enfonce profondément, *le vagin ayant gardé toute sa longueur*, conséquence à la fois d'une bonne suspension et d'une section circulaire au ras du col.

L'HYSTÉRECTOMIE TOTALE AVEC DRAINAGE

Le drainage de l'hystérectomie totale offre ces avantages :

De drainer rationnellement, au point déclive ;

De drainer complètement, grâce à l'ouverture large que donne la suppression du col;

De permettre un drainage étagé : limité seulement au plancher génital (drainage sous-péritonéal), ou appliqué à la totalité du petit bassin (combiné alors au cloisonnement); de permettre de toutes façons l'isolement d'avec la grande cavité abdominale;

D'éviter ainsi le drain abdominal avec toutes ses conséquences : éventration, suppuration de la paroi, adhérences ultérieures ou fistules possibles.

Enfin, tout comme l'hystérectomie totale fermée, elle supprime les nombreux inconvénients d'un moignon cervical inutile : cervicites aiguës ou chroniques, souvent douloureuses, avec pertes interminables, sans parler de la cancérisation toujours possible et de la coexistence, si souvent méconnue au moment de l'intervention, d'un fibrome avec des lésions épithéliomateuses.

Mais développer ces avantages pour en faire l'étude critique, n'entre pas dans le plan que nous nous sommes tracé de décrire seulement la technique et les résultats de l'hystérectomie totale pratiquée de façon systématique, et non d'établir un parallèle entre deux méthodes.

En ce qui concerne l'hystérectomie totale avec drainage, un certain nombre d'articles et travaux ont paru sur cette question,

qui est bien connue ([1]), et il est indéniable qu'elle trouve des partisans de jour en jour plus nombreux ([2]).

Nous serons donc beaucoup plus bref dans sa description que dans celle de l'hystérectomie totale fermée. Du reste, la technique est la même jusqu'au moment où l'on décide de laisser le vagin ouvert.

Aussi nous limiterons-nous dans notre exposé à l'étude rapide du drainage dans ses indications, dans son exécution et dans ses suites opératoires, en nous appuyant toujours sur les observations du service.

Indications du drainage.

En parlant des indications, il semble au premier abord que nous sortions de notre sujet, mais c'est qu'ici les indications s'enchevêtrent si étroitement avec la technique, réagissent si profondément sur les résultats opératoires, qu'il est impossible d'étudier clairement ceci, sans exposer cela, ne fût-ce que dans ses grandes lignes.

Il y a trois raisons de drainer : l'infection, l'hémorragie, et les grands délabrements du plancher pelvien.

1. L'infection.

Il y a infection et infection. On peut avoir affaire à une suppuration en pleine virulence, ou déjà atténuée, ou bien éteinte ou presque éteinte.

I. — Il faut évidemment toujours drainer dans le premier cas. En consultant la statistique de M. Walther, sur un total de 112 annexites nous trouvons seulement 40 salpingites drainées. Ce pourcentage relativement faible s'explique par le souci d'opérer le moins possible les malades à chaud, de les traiter auparavant

1. Gosset (*Journal de Chirurgie*, 1909), Rochard (*Bulletin de thérapeutique générale*, 1908), Jayle (*Presse médicale*, 1908); les *Traités classiques* de Pozzi, Labadie-Lagrave et Legueu, etc., les *thèses* de Dedet (Paris, 1918), Parrical de Chammard (Paris, 1908), Audard (Paris, 1904), si nous nous en tenons seulement à ces quinze dernières années.

2. Parmi lesquels nous citerons les Drs Hartmann, Delbet, Routier, Lecène, Lenormant, etc.

par un séjour au lit de plusieurs mois s'il le faut, jusqu'à ce que les collections pelviennes se soient dégagées de la gangue de pelvi-péritonite qui les fixe. On arrive de cette façon à limiter le nombre des interventions pour les grosses collections purulentes aux cas, heureusement assez rares, où l'on a la main forcée..., et aux surprises de diagnostic.

En présence de ces énormes poches suppurées, il est prudent de ne pas se jeter sur elles tout de suite. Il est sage de renforcer encore, si possible, sa protection, puis de prendre un trocart et de vider la ou les poches par aspiration. On y injecte ensuite une certaine quantité d'éther iodé qui diffusera dans toute la cavité, et, après avoir fermé la brèche soigneusement par deux pinces en T, on procède au décollement des annexes et à la libération des adhérences, suivant les règles connues. Il est probable que la poche se rompra durant ces manœuvres, mais les inconvénients en seront réduits au minimum.

II. — Dans un deuxième cas de gravité déjà moindre, on peut enlever de grosses poches suppurées en bloc sans les rompre. Dans la même statistique nous trouvons 10 observations de ce genre non drainées avec guérison. Faut-il drainer? Vaut-il mieux ne pas drainer? Ce sont des cas d'espèce, dans lesquels interviennent des facteurs multiples : l'âge, la résistance du sujet, l'ancienneté de l'infection, et son origine, l'absence ou non de suintement hémorragique, l'état du péritoine, et ceci est capital. C'est que le paramètre est infiltré de lymphatiques enflammés, c'est que les vastes espaces cruentés peuvent suinter abondamment. Le rôle de protection et de défense du péritoine est plus nécessaire ici que partout ailleurs. Pour fermer, il faut pouvoir péritoniser de façon parfaite; éventualité rare.

Du reste, ces problèmes ne se poseront pas pour le débutant. Il agira sagement en drainant toujours, dans ces cas-là.

III. — Si au contraire on intervient pour des lésions bien refroidies, mi-purulentes ou hémorragiques, mi-scléreuses, ou plus simplement scléro-hystiques, le doigt pour décoller les annexes trouve aisément le plan de clivage au niveau des adhérences, on trouve encore quelques gouttes de pus parfois stérile, de petits dépôts crétacés qu'on désinfecte au fur et à mesure en les touchant à la teinture d'iode. Les surfaces cruentées sont peu étendues. Dans le doute, on drainera; mais si on a affaire à un péri-

toine résistant et si la péritonisation est possible, fût-elle très laborieuse, mieux vaut ne pas drainer. C'est ainsi que dans la statistique de notre maître, sur un total de 112 cas, nous constatons un chiffre de 62 annexites non drainées; nous en avons vu les excellents résultats.

IV. — Quand c'est l'utérus qui est infecté : cancer du corps avec pertes fétides, cancer du col ou fibrome avec polype sphacelé partiellement accouché par le col, il faut également drainer, non pas tant parce qu'on aurait pu contaminer le champ opératoire, mais à cause de l'infection aiguë du paramètre. Ici le péritoine est souple et abondant, c'est le drainage sous-séreux qui s'impose.

V. — Si l'on intervient pour une infection utérine *post abortum* avec ou sans perforation, l'infection a généralement dépassé la paroi de l'utérus. Dès lors, contre la péritonite imminente ou déclarée, il est utile de combiner le drainage vaginal avec un drainage abdominal, c'est dire combien est exceptionnelle à notre avis l'indication du drainage abdominal. Sur 144 cas de drainage, nous voyons seulement 6 fois cette indication réalisée.

2. L'hémorragie.

Il faut distinguer d'abord les hémorragies les plus fréquentes, celles qui succèdent à la libération des trompes purulentes avec réaction inflammatoire adhérente aux organes voisins, et aux parois du bassin. Elles suintent en nappe. Les ligatures multiples, le tamponnement provisoire, le sérum chaud, tentent vainement de les arrêter. Il faut drainer, en y associant le tamponnement, sur le plancher du Douglas, et l'accolement du rectum et du côlon pelvien à la vessie, dans les parties hautes du petit bassin.

Mais il y a aussi une variété d'hémorragies de toute autre nature : ce sont celles qui accompagnent l'ablation de ces fausses poches de grossesse ectopique rompues plus ou moins anciennement. On essaiera tous les moyens d'hémostase, et on ne se pressera pas de drainer. Si finalement, on croit devoir le faire, on pratiquera un simple drainage de sûreté qu'on enlèvera rapidement au bout de quarante-huit heures.

3. Les grands délabrements.

Enfin les grosses tumeurs des ligaments larges, les kystes de l'ovaire peuvent imposer le drainage à la suite des grands délabrements que provoque leur décollement. Celui-ci met à nu, souvent avec les uretères, de grandes étendues de plancher pelvien. Si avec une hémostase parfaite on est assuré d'avoir une péritonisation qui supprime rigoureusement ces espaces dénudés, évidemment on ne drainera pas. Par contre, il est prudent de recourir; au moindre doute, à un drainage sous-séreux, qu'on laissera en place très peu de temps.

Technique du drainage.

On voit combien indications et technique sont étroitement liées.

Certes, la façon de poser le drain est la même dans tous les cas. Mais la technique du drainage n'est pas là : elle réside essentiellement dans la manière de reconstituer le plancher séreux du petit bassin suivant l'étendue et le degré des lésions, ou bien de séparer ce dernier de la grande cavité, quand la péritonisation est impossible.

Mise en place du drain.

La mise en place du drain est facile. On introduit par l'abdomen dans le vagin un drain, gros, long, non perforé latéralement. Il est saisi par la pince vaginale qui l'attire jusqu'à ce que son extrémité ne dépasse pas l'ouverture du vagin de plus de 1 centimètre. Auparavant, on avait fixé sur cette extrémité du drain un catgut qui servira à l'attacher plus commodément à la tranche postérieure, en son milieu.

Le drainage peut être assuré par le tube seul.

Mais dans les cas graves, surtout quand il reste des parties cruentées particulièrement suintantes, il est bon de lui associer le méchage.

Les mèches de gaze, simple ou mieux de gaze à l'ektogan, sont

tassées à plat sur les surfaces douteuses, autant pour pratiquer un tamponnement léger qu'un drainage capillaire. Leurs extrémités tombent dans le vagin de chaque côté du drain.

Le Douglas est devenu parfois profond, quand les tumeurs ou des collections sont venues s'y loger en décollant le rectum de la face postérieure du vagin. Il est utile dans ces cas d'élargir encore le drainage, et l'on sectionne le vagin sur la ligne médiane jusqu'à la partie déclive du bas-fond. Si on le désire, la fente est maintenue étalée, en fixant les lèvres de chaque côté.

Lorsqu'on se contente par contre d'un drainage sous-péritonéal, on n'a pas besoin de laisser le vagin aussi largement ouvert. On peut le rétrécir par un point d'angle, et parfois même on ferme le vagin en laissant seulement l'ouverture du drain.

Drainage avec péritonisation complète.

Nous insistons sur l'importance de ce drainage sous-péritonéal, qui tout en gardant les avantages du drainage, reforme au bassin sa précieuse couverture séreuse et, en reconstituant intégralement la sangle pelvienne, permet une bonne suspension du vagin. Mais il demande une séreuse souple et abondante et s'adresse aux cas particuliers que nous avons décrits.

Drainage avec péritonisation partielle.

Malheureusement, dans les suppurations pelviennes, il est rare que l'on puisse réunir l'étoffe nécessaire pour refaire un plancher péritonéal complet. Pourtant le péritoine antérieur, presque toujours sain, se mobilise à l'extrême. On l'amènera à la rencontre des parties mobilisables du péritoine postérieur. Celui-ci manque par larges placards, en d'autres points est adhérent et cartonné.

Avec de la patience, en allant chercher au loin la séreuse saine sur les bas côtés du promontoire on arrive parfois au résultat cherché, et l'on finit par tendre un diaphragme séreux à peu près convenable au-dessus du drain et du Douglas.

La conduite à tenir varie donc avec les lésions observées, mais dans tous les cas elle est inspirée par cette règle constante de ne pas laisser le moindre lambeau d'étoffe inutilisé. C'est le plus

souvent au niveau du Douglas et du rectum qu'on ne peut remédier aux altérations du péritoine postérieur, tandis qu'on finit tant bien que mal par tirer un rideau de séreuse sur les fossettes latérales et par ébaucher ainsi la réfection des ligaments larges. Mais cette autoplastie péritonéale n'est parfois possible que d'un côté.

C'est à ces cas de réfection incomplète de la séreuse qu'on appliquera la péritonisation étagée en deux plans. A ce plancher péritonéal imparfait on superpose un plafond constitué par la suture à points séparés de franges épiploïques au péritoine vésical.

Drainage sans péritonisation possible.

Dans les cas graves, le décollement des grosses poches suppurées comblant le Douglas laisse à nu un bassin décortiqué de sa séreuse, comme évidé, dont la surface irrégulière et cruentée suinte parfois dans toute son étendue. De toute nécessité, *cette cavité doit être* :

a) *Drainée*;

b) *Enfouie*, *effacée le plus possible*;

c) *Exclue de la grande cavité.*

Le drainage vaginal réalise au mieux la première de ces trois conditions. L'union de l'anse sigmoïde et du péritoine vésical pourvoit aux deux autres ([1]).

Le *cloisonnement du petit bassin*, dont la découverte honore la mémoire de notre maître Chaput, est favorisé par la disposition anatomique du côlon pelvien qui ferme en quelque sorte cet orifice en s'étalant au-devant de lui.

Souvent même, il tombe naturellement dans le petit bassin, et de lui-même vient combler le Douglas dénudé. Dans ce cas, trois à quatre points séparés suffisent à l'y maintenir, en fixant ses franges épiploïques au péritoine antérieur.

D'autre fois, tout en se laissant attirer avec facilité dans le petit bassin, la portion pelvienne du sigmoïde a besoin d'y être maintenue.

1. Chaput : *Société de Chirurgie*, 1894; Quénu : *Société de Chirurgie*, 1899. *Thèses* de Berruyer et de Judet (de la Péritonisation dans les laparotomies, Paris, 1902).

Suivant l'opinion classique, il est même nécessaire de créer une cloison étanche, une fermeture hermétique empêchant toute communication par laquelle les liquides septiques pourraient filtrer du petit bassin dans la grande cavité. On établit donc l'adossement vésico-sigmoïde avec le plus grand soin à l'aide d'un surjet continu, mené à points serrés.

Nous pensons que *cette manière de faire est plus nuisible qu'utile* :

Elle peut être dangereuse, à cause des tiraillements qu'elle provoque sur l'S iliaque, ou même de la coudure qu'elle peut amener autant du côté gauche où son méso est si court. Elle est inutile, car l'issue des liquides septiques dans la grande cavité est un péril imaginaire quand on a établi un bon drainage vaginal.

Suivons la malade, remise dans son lit et placée en position demi-assise. L'intestin vient alors peser de toute sa masse sur le côlon pelvien. Ce dernier doit garder une certaine mobilité, et pour son propre fonctionnement et pour se loger commodément dans le petit bassin contre lequel il est intimement appliqué par la pression intra-abdominale. C'est là le but cherché, qui est d'arriver à un véritable « enfouissement sous-séreux du petit bassin » grâce à l'adhérence artificielle, rapidement produite par l'accolement du sigmoïde.

Des points isolés suffiront donc amplement à le maintenir dans cette situation, en lui apportant le minimum de gêne. On évitera d'employer des fils non résorbables (lin ou soie) qui pourraient s'infecter.

Cette technique, suivie par M. Walther, n'offre à notre sens que des avantages.

Toutefois, il est indispensable que les points d'adossement vésico-sigmoïde, bien qu'isolés, bien qu'assez espacés, protègent *les anses grêles*. Là est le péril. Il ne faut pas que le petit intestin, venant s'inoculer au contact des parties septiques du petit bassin, puisse généraliser l'infection ou bien contracte des adhérences fâcheuses. Il ne faut pas qu'une anse puisse venir s'y hernier et s'étrangler.

Les points de suture doivent donc être judicieusement placés. On se servira, quand on le pourra, des franges du côlon plutôt que de piquer dans sa tunique.

Mais dans certains cas, assez rares [1], le côlon pelvien occupe une *position haute* et ne peut être abaissé. La vessie ne saurait être amenée à son contact sans être exagérément tiraillée. Dans ces cas, plus encore que dans les autres s'il est possible, il faut assécher minutieusement le petit bassin, le désinfecter de son mieux. L'éther et surtout l'électrargol, dont on laisse une petite quantité dans le Douglas, rendent des services.

Quant à essayer de ramener le tablier épiploïque au-devant des lésions, nous pensons, à la suite de M. Walther, que cette manœuvre est destinée à laisser après elle des adhérences plus nuisibles qu'utiles. On ne saurait avoir la prétention de ramener le bord de l'épiploon sous la masse de l'intestin grêle, pour isoler celle-ci, comme on le fait avec des champs, souvent si péniblement. Est-il possible anatomiquement de faire jouer au grand épiploon au niveau du détroit supérieur, le rôle qu'il assume si efficacement au niveau du côlon transverse? Nous ne le croyons pas.

Association avec le drainage abdominal.

Nous avons dit quel petit nombre de fois — dans la statistique qui nous occupe — nous avons trouvé le drainage abdominal associé au drainage vaginal. Ce drainage associé s'adresse seulement aux cas où la péritonite généralisée est déclarée ou imminente, et aux cas où l'on craint la fistulisation secondaire d'une anse haute dont la libération a mis à nu une paroi douteuse.

Soins post-opératoires et suites opératoires.

L'opération terminée, le drainage vaginal demande un *pansement vaginal.*

Le pansement vaginal.

Mettons à part tout de suite les cas où l'on a pratiqué le drainage sous-péritonéal. Ici, il n'y a pas de mèche, seulement un drain qu'on enlève au bout de quarante-huit heures. Souvent du

1. 8 °/o d'après Jonnesco (le Côlon pelvien, *thèse*, Paris, 1892), en réalité beaucoup plus rares, dans la pratique chirurgicale.

reste, le vagin a été à demi suturé. Les soins post-opératoires sont aussi simples que dans l'hystérectomie totale fermée.

Dans les autres cas, la malade encore endormie est placée en position gynécologique, et deux valves maintiennent le vagin béant. On introduit alors une mèche de gaze assez longue qu'on enroule en spirale autour du drain. Celui-ci se trouve ainsi emmailloté dans un *turban* qui protégera les parois du vagin d'un contact à la longue nuisible (vaginite, ulcérations). Le drain souvent trop long est coupé au ras de la vulve. Celle-ci est badigeonnée de collargol. Une sonde de Pezzer, munie à son extrémité libre d'un fausset, est introduite dans la vessie. Enfin, un pansement vulvaire garantit l'entrée du vagin, et recueillera les sécrétions du drain.

Soins consécutifs.

La malade est ensuite portée dans son lit, et placée en *position demi-assise*, avec de la glace sur le ventre. Ces dispositions sont surtout importantes, dans les cas graves où la péritonisation a été défectueuse ou même a été impossible. Il faut alors soutenir l'état général par l'administration des toniques appropriés, par le sérum, par la mise en œuvre du goutte à goutte, toutes choses sur lesquelles nous passerons, puisque nous nous occupons seulement du drainage.

Disons pourtant que dans ces cas graves, durant les deux jours qui suivent l'intervention, il est surtout indiqué de surveiller l'état général et de laisser la malade tranquille en l'aidant à faire sa réaction. On changera seulement, s'il y a lieu, le pansement vulvaire.

Au bout de quarante-huit heures, il importe de refaire le pansement vaginal. Si la femme est trop fatiguée, on peut le faire sur le bord du lit garni d'une alèze, la malade étant mise en bonne position, les jambes écartées et soutenues.

Toute la région est mise au propre, le turban enlevé, la muqueuse vaginale détergée à l'eau oxygénée ou nettoyée avec une solution d'eau de Labarraque, mais sans qu'on pratique d'injection. M. Walther ne fait jamais de lavages, même sous faible pression. On assèche, et après s'être assuré que le drain est bien perméable, on l'enrubanne de nouveau.

Ablation des mèches.

Si on a été dans l'obligation de placer des mèches, à quel moment faut-il les enlever? Nous pensons qu'il n'y a aucun intérêt à les garder longtemps; parce qu'au bout de peu de temps, les mèches cessent de drainer et n'agissent plus qu'à titre de tamponnement, fonction qui devient elle-même inutile après deux à trois jours. Se tassant et se comprimant de plus en plus, envahies par le suintement sanguin et les petits caillots qui les durcissent, les mèches se transforment peu à peu en agent de rétention. La preuve en est dans les ascensions de température qui surviennent, si les mèches sont laissées en place trop longtemps, et dans le petit écoulement de pertes fétides qui accompagne leur retrait.

On préviendra cet événement en procédant au « déméchage » entre le deuxième et le quatrième jour suivant les cas, suivant qu'on a craint surtout l'hémorragie ou l'infection. Ce sont des cas d'espèces pour lesquels on ne saurait admettre de règle fixe, si ce n'est qu'il faut enlever ces mèches au plus tôt.

Ablation du drain.

Quant au drain, on le laisse jusqu'au huitième ou neuvième jour. S'il est seul pour assurer le drainage, les pansements vaginaux sont évidemment plus simples, mais n'en restent pas moins nécessaires. Ils seront journaliers. S'il n'est pas enlevé avant le neuvième jour, le drain d'ordinaire tombe tout seul vers cette époque. On se contente dès lors de prescrire des injections antiseptiques.

La sonde vésicale.

A ce moment-là, on enlève aussi de la vessie la sonde de Pezzer. Est-il nécessaire de montrer l'utilité de cette sonde en cas de drainage vaginal? C'est que la rétention d'urine est presque la règle durant les premiers jours chez ces malades dont le drain et le pansement vaginal compriment plus ou moins le plancher

vésical. Puis, même dans l'hypothèse où elles urineraient seules. la sonde vésicale est nécessaire pour éviter que l'urine à chaque miction ne vienne stagner en partie dans le pansement vaginal. Le séjour de cette sonde finira par être pénible, si l'on ne bouge son extrémité tous les jours en même temps qu'on pratique un lavage. On l'enlève au huitième jour.

Si les précautions indiquées n'ont pas été prises, il est fréquent de voir apparaître et persister dans les semaines qui suivent des crises de cystalgie, ou même une cystite véritable. Mais on en a raison très facilement par les installations d'huile goménolée dans les cas légers, de nitrate d'argent si l'infection est plus prononcée. Dans ce cas, on évitera les lavages qui seraient nuisibles.

L'avenir du vagin.

Ce que devient le vagin par la suite, nous l'avons étudié en détail dans le chapitre consacré à la cicatrice vaginale après la description de l'hystérectomie totale fermée. Nous n'y reviendrons pas. Répétons pourtant que le vagin se ferme très rapidement, que sa réparation est presque complète vers le dix-septième jour, et qu'il n'a jamais été observé de fistule vaginale.

Gravité.

En ce qui concerne la gravité de l'hystérectomie totale avec drainage elle est en relation directe avec la gravité des lésions qui ont imposé et l'intervention, et le drainage.

Sur 144 cas drainés, nous trouvons 7 morts, soit un pourcentage de 4,8.

Ces 7 morts comprennent :

5 cas de salpingites suppurées bilatérales et adhérentes;

1 cas de fibrome avec masses dégénérées chez une femme de soixante-deux ans;

1 cas de cancer du col.

Sur ces 7 morts, on compte 2 morts tardives, l'une par (?) au seizième jour (salpingite), l'autre par broncho-pneumonie au quarante-cinquième jour (salpingite).

STATISTIQUE

C'est en 1909 que M. Walther a pratiqué systématiquement l'hystérectomie totale pour tous les cas. La statistique porte donc sur une période de dix ans depuis le début de 1909 jusqu'à la fin de l'année 1918.

Statistique de M. Walther.

	CAS	MORTS	P. 100
Cas non drainés. . . .	163	2	**Soit 1,2**
Cas drainés	60	3	**Soit 5**
TOTAL	223	5	**Soit 2,2**

Statistique globale du service.

		NON DRAINÉS	DRAINÉS	MORTS
M. Walther	223	163	60	5
M. Baumgartner. . .	138	92	46	4
Divers	101	73	28	4
Cas personnels . . .	34	25	9	0
TOTAL	496	353	143	13

Ce qui donne la mortalité suivante :

	MORTS	P. 100
353 cas non drainés.	6	**Soit 1,6**
143 cas drainés	7	**Soit 4,8**

et une mortalité globale de 13 morts pour 496 cas, soit une **moyenne de 2,6 °/₀.**

Sur ces 13 morts, 9 ont eu lieu dans les cinq jours qui ont suivi l'intervention, et sont directement imputables à l'opération (infection, shock opératoire);

Quatre morts se sont produites : au 7e jour (pneumonie), au 12e jour (embolie), au 16e jour (?), au 45e jour (broncho-pneumonie).

Elles portent sur :

3 fibromes;

1 fibrome avec polype sphacélé;

1 fibrome avec masses dégénérées ;

1 fibrome du col enclavé;

5 salpingites bilatérales suppurées adhérentes ;

1 cancer de col;

1 épithélioma végétant de l'ovaire.

CONCLUSIONS

1° Nous n'avons pas eu l'intention d'établir un parallèle entre la valeur relative de l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie subtotale. *Nous avons voulu exposer seulement la technique et les résultats de l'hystérectomie totale, systématiquement pratiquée.*

2° La technique que nous avons décrite employée depuis 1909 par M. Walther, dérive de l'ancien procédé de Richelot. Elle comporte essentiellement :

La décortication du col suivant le plan musculeux au-dessous de sa gaine vasculaire superficielle ;

L'intégrité de pédicule hypogastrique ;

L'ouverture du vagin par le cul-de-sac antérieur, et sa section circulaire au ras du col dans une zone pratiquement exsangue ;

Une hémostase simple et sûre du pédicule utérin par une ligature unique prenant point d'appui sur l'angle du vagin ;

La reconstitution enfin de la sangle pelvienne.

3° L'étude des résultats porte sur 496 cas, échelonnés sur une période de dix ans, dans le service de M. Walther à la nouvelle Pitié :

Sa statistique personnelle comptant 223 cas (drainés ou non drainés), avec 5 morts, donne une *moyenne de 2,2 °/o* ;

La statistique globale du service est la suivante :

13 morts pour 496 cas. . . . . soit 2,6 °/o

dont :

6 morts pour 353 cas non drainés. . . soit 1,6
7 morts pour 143 cas drainés . . . . . soit 4,8

Ces résultats nous permettent d'affirmer la haute valeur de

l'hystérectomie totale, pratiquée suivant la technique que nous avons décrite.

4° L'hystérectomie totale avec fermeture immédiate du vagin, dans les cas légers ou de gravité moyenne, a des suites opératoires remarquablement bénignes.

5° Dans les cas graves, l'hystérectomie totale, en permettant le drainage du vagin (et le meilleur drainage vaginal grâce à la suppression du col) donne le maximum de sécurité.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
HARTMANN.

Vu : *Le Doyen,*
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. POINCARÉ.

Paris. — L. MARETHEUX, imp., 1, rue Cassette.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE